

# Plan de prévention partagé en psychiatrie

Le Plan de prévention partagé (PPP) en psychiatrie est un outil qui vise à aider les personnes concernées par un trouble psychique à repérer ce qui peut les amener à perdre le contrôle d'eux-mêmes, à être en état de crise et d'altération du discernement (facteurs de risque et circonstances déclenchantes), la manière dont se manifestent ces pertes de contrôle, ce qui peut les aider à retrouver leur équilibre (stratégies d'apaisement efficaces, les traitements...). L'objectif est aussi d'élaborer un plan de prévention à partir de ces éléments. Puis que ce plan soit partagé avec les professionnels de santé et les proches, et éventuellement utilisé au service de la personne concernée. La mise en œuvre de ce plan ne se fera qu'en cas de nécessité et dans la mesure du possible.

Ce document n'a pas de caractère légal et ne peut pas entraîner d'obligation.

Vous pouvez demander de l'aide à un proche ou à un professionnel pour remplir tout ou partie du PPP. Prenez le temps nécessaire pour compléter le document.

---

## MOI ET MES PERSONNES RESSOURCES

---

Je soussigné(e) .....  
né(e) le ...../...../..... à .....  
désigne comme personnes de confiance, en application de l'article L. 311-5-1  
du code de l'action sociale et des familles :

	Nom/Prénom	Contact (n°mobile)	Nature du lien
<b>Personne de confiance</b>			
<b>Personne à prévenir</b>			

En cas de besoin, à qui puis-je demander de l'aide, du soutien ? nom, coordonnées, nature du lien ou rôle (par exemple : proches, professionnels, services...) :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



---

## COMMENT JE SUIS QUAND JE VAIS MAL ?

*pensées, émotions, réactions physiques, comportement*

---

**Les Signes** = Ce que je pense, ce que je me dis à moi-même (pensées).  
 Comment je me sens, ce que je ressens dans mon corps (émotions, réactions physiques).  
 Ce que je fais ou ce que je ne fais plus (comportement).

**Ce qui m'aide** = Ce que je peux faire ou que d'autres peuvent faire pour moi qui m'apaise, et me permet concrètement de gérer cette situation difficile. Ce que les personnes de soutien ou les professionnels pourraient faire pour m'aider. Les lieux où je trouve de l'apaisement.

**Ce qui ne m'aide pas** = Ce qui me perturbe, aggrave la crise, aggrave la situation.

### Quels sont les signes avant-coureurs amenant à la crise ?

Que pourrais-je faire concrètement pour gérer cette situation difficile ? (mettre par ordre de priorité en favorisant d'abord les stratégies personnelles, puis celles de l'entourage et finalement celles nécessitant l'intervention de professionnels).

Les signes	Ce qui m'aide	Ce qui ne m'aide pas

Remarques :

.....

.....

.....

.....

Y a-t-il d'autres signes qui apparaissent **selon mon entourage** ?

Les signes	Ce qui m'aide	Ce qui ne m'aide pas

### Comment je suis quand je suis en crise ?

*Que pourrais-je faire concrètement pour gérer cette situation difficile? (mettre par ordre de priorité en favorisant d'abord les stratégies personnelles, puis celles de l'entourage et finalement celles nécessitant l'intervention de professionnels)*

Les signes	Ce qui m'aide	Ce qui ne m'aide pas

Remarques :

.....

.....

.....

.....

Y a-t-il d'autres signes qui apparaissent **selon mon entourage** ?

Les signes	Ce qui m'aide	Ce qui ne m'aide pas

**En cas de mise en danger envers moi et/ou les autres :**

Les signes	Ce qui m'aide	Ce qui ne m'aide pas

Remarques :

.....

.....

.....

.....

.....

### Quelle(s) situation(s) pourrait me mettre en crise ou me faire rechuter ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### Je suis capable de décider sauf quand ?

Présentez les situations ou signes indiquant que vous devez laisser quelqu'un décider pour vous/que vous préférez « passer le relais à une personne de confiance » un proche ou un soignant. Appuyez-vous sur le constat fait par des proches.

Soyez précis : car cela implique de laisser les décisions à autrui.

Vous pouvez revenir sur cette question à la fin si elle semble trop complexe et floue pour le moment.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

---

## QUELS SONT LES SIGNES DE FIN DE CRISE ?

---

Quand ça va mieux je suis :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

---

## TRAITEMENTS OU SOINS QUI M'AIDENT / NE M'AIDENT PAS

---

### Traitements / soins qui m'aident :

<i>Traitements ou soins qui m'aident (noms et posologie)</i>	<i>Usage / effet...)</i>	<i>Quand les utiliser</i>

Remarques :

.....

.....

.....

.....

**Traitements / soins qui ne m'aident pas (argumenter : les raisons, les effets...) :**

<b>Traitements ou soins qui ne m'aident PAS (noms et posologie)</b>	<b>Pourquoi ils ne m'aident pas (Usage / effet...)</b>	<b>Alternatives possibles ⇒ indispensable à renseigner en cas de refus de soins ou de traitements</b>

Remarques :

.....

.....

.....

.....

.....

.....



**Lieux de soins (hôpitaux, cliniques, services, etc.) où je souhaiterais être pris-e en soins :**

<b>Lieux de soins qui m'aident</b>	<b>Pourquoi ?</b>	<b>Quand y aller</b>

Remarques (ce qui pourrait rendre mon hospitalisation plus facile) :

.....

.....

.....

.....

.....

**Lieux où je ne souhaiterais pas être pris en soins\* :**

<b>Lieux où je ne souhaiterais PAS être pris en soins</b>	<b>Pourquoi ?</b>	<b>Alternatives possibles / Détailler la-les solution(s) envisagée(s) ⇒ indispensable à renseigner en cas de refus de lieu de soins</b>

\*L'objectif de ce document est de faire part de vos besoins/souhaits et de les respecter dans la mesure du possible. Néanmoins il est important de considérer qu'en cas de soins sans consentement le choix des lieux de soins est limité.

Remarques :

.....

.....

.....

.....

.....



---

ELEMENTS IMPORTANTS A PRECISER, ALLERGIES OU  
AUTRES PROBLEMES DE SANTE, DOULEURS,  
REMARQUES...

---

.....

.....

.....

.....

.....

.....



---

## MON PPP

---

J'ai construit mon plan de prévention partagé (PPP) avec :

.....

Je suis d'accord pour que mon PPP soit intégré dans mon dossier patient informatisé

Non  Oui

Mon ou ma médecin psychiatre en a été informé

Non  Oui

*Ce document n'a pas de caractère légal et ne peut pas entraîner d'obligation.*

Fait le ..... / ..... /..... à .....

Signatures :

de la personne concernée

de mon proche aidant / de la personne de confiance

de mon soignant référent

---

J'évolue dans ma vie, mon PPP aussi !

Mon PPP peut et doit être actualisé régulièrement : dès qu'il y a un changement, à la suite d'une hospitalisation ou lors d'un évènement important.

---